N° 189.

ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË,

ET QUELQUES MOTS

SUR L'HYDROTHORAX QUI L'ACCOMPAGNE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 2 août 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-JACQUES VENTRE de Toulon,

Département du Var.

Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Président.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudelocque.	Kergaradec, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe, *Examinateur.*
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux, *Suppléant.*
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Chirurgien en chef des hospices civils de Toulon; Docteur en médecine.

Puissé-je, en rattachant ainsi votre nom à mon premier essai dans la carrière que vous m'avez choisie, vous témoigner tout à la fois mon amour, mon respect, et ma plus vive reconnaissance pour tous les généreux sacrifices que vous n'avez cessé de faire pour mon éducation!

AUX MÂNES

D'UNE MÈRE JUSTEMENT REGRETTÉE.

J.-J. VENTRE.

ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË,

ET QUELQUES MOTS

SUR L'HYDROTHORAX QUI L'ACCOMPAGNE.

Définition. La maladie que nous allons traiter, et sur laquelle les anciens nous ont laissé des détails plus ou moins circonstanciés, avait été décrite par ceux-ci sous le nom de *passio pleuretica*, et avant, par Hippocrate, sous celui de *pleuritis*. Sauvages, Cullen, etc., etc., lui ont conservé cette dernière dénomination; mais tous les médecins avaient entendu par *pleuritis* toute douleur de côté, et c'était à feu *Pinel* qu'était réservé l'honneur de mettre fin à toutes les discussions que cela avait amené dans la médecine, en consacrant seulement le mot de *pleurésie* pour désigner l'inflammation de la plèvre.

Division. La pleurésie a été divisée, comme toutes les inflammations, en *aiguë* et en *chronique;* mais avant d'entrer en matière, nous pensons qu'il est de notre intérêt de donner quelques détails anato-

miques et physiologiques sur cette membrane séreuse qui en est le siége.

Description succincte des plèvres. Les plèvres sont deux membranes minces, diaphanes, qui tapissent l'intérieur de la poitrine, se réfléchissent de là sur l'un et l'autre poumon, auxquels elles servent d'enveloppe. Comme toutes les membranes séreuses, elles représentent un sac sans ouverture, dont la surface interne est partout contiguë à elle-même, de sorte qu'elle recouvre les poumons sans les contenir dans leurs propres cavités. Elles forment, par leur adossement à la partie moyenne de la poitrine, le médiastin, cloison membraneuse qui la divise en deux cavités latérales, l'une droite et l'autre gauche; il s'étend d'arrière en avant, depuis la partie antérieure de la colonne vertébrale jusqu'à la face postérieure du sternum, en se dirigeant un peu à gauche. (Cette disposition varie beaucoup, de sorte qu'en perforant le sternum à la partie moyenne et inférieure on ne pénétrerait pas toujours dans la cavité droite de la poitrine.) Son diamètre vertical mesure l'espace compris entre la première vertèbre dorsale et la partie supérieure du diaphragme; il forme plusieurs écartemens, dans lesquels sont successivement logés supérieurement, l'œsophage, la trachée-artère, l'aorte, le thymus, et inférieurement, le cœur, son enveloppe et les vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent. Il est nécessaire de connaître la disposition qu'affecte cette cloison, qui divise en deux cavités la poitrine, pour se rendre compte de l'action réciproque qu'a le poumon sur la plèvre, et *vice versâ*. C'est à l'aide de ce moyen que nous pourrons expliquer pourquoi le malade prend différentes positions suivant les diverses affections auxquelles est soumise la plèvre.

La surface extérieure des plèvres, rugueuse, inégale, est unie aux poumons, aux vertèbres, aux côtes, à leurs cartilages, aux muscles intercostaux et au sternum par du tissu cellulaire qui se continue inférieurement avec celui de l'abdomen, et supérieurement avec celui du cou et des extrémités supérieures.

La surface interne est lisse et continuellement lubrifiée, dans l'état de santé, par une sérosité albumineuse versée par les vaisseaux exhalans, et sans cesse repompée par les absorbans. C'est par le défaut d'équilibre qui règne entre ces deux ordres de vaisseaux (produit toujours de quelque altération) qu'il se forme dans la poitrine un épanchement séreux, dont nous nous occuperons plus tard.

Ses vaisseaux. Les nombreux vaisseaux artériels et veineux de cette membrane sont fournis par les intercostaux, les mammaires internes, et les diaphragmatiques : il existe aussi un grand nombre de vaisseaux absorbans ou lymphatiques. Quant aux nerfs qui entrent dans leur structure, leur présence est évidemment démontrée, malgré toutes les recherches infructueuses de l'anatomie, par la vive sensibilité qu'elles acquièrent dans l'état de maladie.

Étiologie de la pleurésie simple. La maladie que nous traitons peut reconnaître un grand nombre de causes qui nous occuperont d'une manière spéciale, d'autant mieux que cette connaissance acquise doit être le guide qu'on doit consulter pour le traitement. C'est en cherchant à les connaître toutes ou presque toutes que nous pourrons les combattre avec beaucoup plus d'espoir de succès, et que nous suivrons à la lettre cette maxime à la fois philosophique et médicale : *Sublatâ causâ tollitur effectus.*

Divisions des causes. Nous diviserons, comme l'a fait *Pinel*, les causes en *prédisposantes* et en *occasionnelles.* Parmi les premières, le tempérament sanguin, la pléthore, les travaux de cabinet, la bonne chère, les boissons, et principalement les boissons alcoholiques prises sans modération, sont susceptibles de donner lieu à la pleurésie. On tire encore les causes de l'âge, de la différence des sexes.

L'observation prouve que les adultes sont plus exposés à contracter cette maladie que les vieillards et les sujets impubères, ceux qui sont d'un tempérament sanguin ou bilieux plus que ceux d'un tempéra-

ment lymphatique ou nerveux, ceux qui ont naturellement la poitrine serrée plutôt que ceux qui jouissent d'une bonne conformation, les hommes plus que les femmes.

Cette maladie sévit fréquemment sur les personnes menacées ou affectées de maladies de poitrine, par exemple, d'asthme, d'hémoptysie, de phthisie héréditaire; elle est d'autant plus sujette à récidiver qu'elle a existé un plus grand nombre de fois chez le même individu. La suppression d'une évacuation ordinaire, comme une hémorrhagie nasale, des menstrues, une métastase laiteuse ou arthritique, rhumatismale, la font souvent naître; l'habitation des lieux froids et élevés exposés au vent du nord, des marches forcées; mais les causes les plus ordinaires sont, la répercussion de la transpiration lorsque le corps est en sueur, en passant rapidement d'un lieu chaud dans un très-froid, un verre d'eau à la glace pris dans la même circonstance.

Causes occasionnelles. Les causes occasionnelles sont celles qui agissent pour l'ordinaire directement sur la poitrine. Les deux dernières que je viens de citer figureraient plutôt dans ce cadre; les contusions sur le thorax, une plaie pénétrante, les efforts violens qui suspendent la respiration, et agissent, en quelque sorte, mécaniquement en froissant la plèvre. Il en est de même des quintes de toux violentes et opiniâtres, des courses forcées, des cris violens, etc., etc.

Caractères de la pleurésie. La pleurésie peut être idiopatique, symptomatique, sympathique, métastatique, et se compliquer avec toute autre maladie. Ainsi, par exemple, elle est :

1°. Idiopathique, quand elle constitue à elle seule une maladie essentielle;

2°. Symptomatique, quand elle dépend d'une autre maladie;

3°, Sympathique, quand elle dépend de l'action d'un organe plus ou moins éloigné; ainsi il n'est pas rare de la voir produite par l'inflammation du péricarde, du péritoine, etc.;

4°. Métastatique, quand elle est l'effet de la rétrocession de la goutte, du lait, d'une dartre, etc. ;

5°. Enfin elle peut être aiguë ou chronique, continue ou intermittente, latente ou patente, subir certaines modifications, suivant la nature de la fièvre qui l'accompagne, qui peut être bilieuse, muqueuse, sanguine ou angioténique : nous ne nous arrêterons point à ces différentes complications.

Diagnostic de la pleurésie simple. La pleurésie débute, comme presque toutes les inflammations internes, par de l'abattement, des frissons ou des horripilations suivis de chaleur devenant de plus en plus ardente, d'insomnie, de soif, et quelquefois de maux de tête. Peu de temps après, et souvent en même temps, il se manifeste de la douleur dans le côté; elle ne tarde pas à être suivie d'une chaleur vive avec oppression ; toux fatigante et sèche; et en vingt-quatre ou quarante-huit heures, les symptômes acquièrent ordinairement plus de force et parviennent quelquefois à leur plus haut point d'intensité. Le pouls est alors fréquent, dur et tendu ; la douleur de côté très-vive ; elle est presque toujours aiguë, varie cependant quelquefois pour le siége ; elle se manifeste tantôt dans un côté de la poitrine, quelquefois dans les deux côtés, mais le plus ordinairement du côté droit, d'où elle s'étend davantage par la suite, et diminue en même temps presque toujours d'intensité; elle augmente par le décubitus sur le côté affecté : il y a dyspnée, inspiration toujours douloureuse ; face rouge et souvent tuméfiée; la peau est chaude ; il y a soif et quelquefois constipation ; les malades cherchent, pour calmer la douleur, à diminuer la toux, en arrêtant ou en modérant les inspirations ; d'où il résulte que celles-ci sont courtes, fréquentes et inégales, l'expectoration à peu près nulle ; le pouls alors, quoique conservant sa dureté, est accéléré, souvent il est petit et concentré.

Les pommettes sont rouges, et cette rougeur circonscrite est ordinairement plus marquée du côté affecté ; la fièvre et les autres sym-

ptômes augmentent presque toujours vers le soir ou dans la nuit ; les urines sont rouges et briquetées. Lorsqu'on a recours à la saignée, le sang est souvent recouvert d'une couenne inflammatoire ou pleurétique.

Terminaison. Comme toutes les inflammations, la pleurésie peut se terminer de plusieurs manières, par résolution, par suppuration, par gangrène, passer à l'état chronique ; plus encore, comme les inflammations des membranes séreuses, par hydropisie et par des adhérences.

Nous allons, sans trop de détails, faire connaître ces différentes espèces de terminaisons, nous réservant d'ailleurs de discourir plus longuement sur l'hydrothorax consécutif de cette affection, qui doit être en quelque sorte (vu le plan de notre sujet) une seconde dissertation.

Terminaison par résolution. Elle a lieu le plus ordinairement du quatrième au onzième jour; elle se manifeste par une sueur abondante, une hémorrhagie, des urines sédimenteuses, des déjections copieuses, et quelquefois par une expectoration critique. Quoique la pleurésie soit, comme toutes les maladies de poitrine en général, une de celles où les crises soient les plus distinctes, je ne parlerai de ces dernières (qui sont si fréquentes dans ce cas) que pour rappeler qu'il faut se baser strictement à en connaître la nature et les symptômes qui les caractérisent, pour que non-seulement on évite de les entraver dans leur marche, mais encore qu'on les favorise par des médicamens appropriés.

Terminaison par suppuration. Quand la pleurésie se termine par suppuration (terminaison presque toujours mortelle), le pus, produit de cette suppuration, se reconnaît devoir arriver toutes les fois qu'on n'a point aperçu de signe de résolution ni excrétion critique, que les symptômes ne sont ni violens ni modérés, que la douleur persiste au-delà du septième au huitième jour.

Terminaison par gangrène. Cette terminaison est fort heureusement très-rare. On doit la craindre quand le malade a fait usage des liqueurs alcoholiques; on la soupçonne quand les symptômes locaux, ayant existé à un très-haut degré, disparaissent tout d'un coup, et sont remplacés par la faiblesse, l'intermittence du pouls, le froid des extrémités, le délire, les sueurs froides, les yeux ternes et jaunâtres; l'expectoration se supprime, ou devient noire et fétide; enfin, les tégumens correspondant à la partie affectée prennent une teinte noirâtre. La mort est imminente lorsqu'un ou plusieurs de ces signes se manifestent

Terminaison par le passage à l'état chronique. Il est difficile d'en assigner l'époque; mais quand, vers le onzième ou douzième jour, on n'aperçoit aucun signe de crise; quand la douleur, quoique moindre, continue, qu'il reste de la gêne dans la respiration, on peut craindre que la pleurésie ne passe à l'état chronique. C'est généralement alors qu'il se manifeste un épanchement séreux, que nous allons faire connaître.

De l'hydrothorax.

Causes de l'hydrothorax. Les nombreuses affections morbides qui peuvent atteindre les poumons et leurs enveloppes, l'engorgement scrophuleux des glandes bronchiques, l'inflammation de la plèvre ou des poumons parvenue déjà à l'état chronique et traitée par des saignées nombreuses, un dérangement notable des fonctions de la circulation produit par l'ossification d'une ou des principales artères, l'anévrysme des ventricules ou de l'aorte, peuvent donner naissance à l'hydrothorax. La terminaison de la pleurésie aiguë par son passage à l'état chronique est la cause la plus ordinaire de cette maladie.

Diagnostic de l'hydrothorax. On a dit qu'après plusieurs dérangemens de la santé, marqués le plus souvent par quelques accès de dyspnée simulant l'asthme, par des grandes anxiétés dans la région

précordiale, une disposition remarquable à frissonner, une petite toux sèche ou d'apparence catharrhale, du malaise après le repas et un dégoût très-prononcé pour les exercices du corps; ou bien, dans la convalescence longue et imparfaite d'une maladie de poitrine, il survient de la dyspnée, un sentiment de pesanteur à l'épigastre, le long du bord diaphragmatique, particulièrement remarquable dans la situation verticale du tronc, une augmentation d'anxiété, de toux, de dyspnée quand le malade veut se coucher sur le dos ou sur le côté de la poitrine qui est exempt d'hydropisie, ce qui le force à se tenir penché du côté de l'épanchement ou à garder de préférence la situation verticale, qui forme ce que maints auteurs ont appelé *respiration droite;* le sommeil pénible, souvent interrompu, vers la troisième heure, par un réveil en sursaut; l'œdème des parois du thorax, le soulèvement des côtes, la difficulté de respirer, l'impossibilité de se coucher sur le côté sain, la pesanteur douloureuse, le bruit que fait le liquide au moindre mouvement, sont les signes les plus ordinaires de cette maladie.

On peut apporter plus de lumière au diagnostic de l'hydrothorax.

1°. Par la percussion exercée sur le thorax;

2°. Par le refoulement des hypochondres, comme le faisait *Bichat;*

3°. Enfin, par la méthode exploratrice de *Laënnec.*

Nous allons dire un mot de ces trois manières de connaître l'épanchement.

De la percussion du thorax. Ce moyen a été mis en usage par plusieurs praticiens, nous devons à *Awembrugger* cette méthode d'exploration. Elle consiste à frapper avec le plat de sa main ou avec le bout des doigts réunis, la poitrine du malade en plusieurs points et dans les différentes positions qu'on lui donne en le faisant tenir sur son séant, sur le dos, sur le ventre, sur les côtés, etc.

Résultat de cette méthode. Si la poitrine, au lieu de résonner comme une cavité pénétrée par l'air, rend un son semblable à celui d'une

partie charnue, il y a réplétion de la cavité, ou d'une portion de la cavité qu'on explore. Nul doute que la réplétion ne soit produite par l'épanchement d'un liquide dans la cavité thoracique, toutes les fois que la position du malade étant changée, la poitrine qui avait rendu un son mat devient sonore; pendant que d'autres, qui dans la même épreuve avaient offert une résonnance naturelle, ne donnent dans cette seconde percussion qu'un bruit de chair solide. On peut, comme l'avance l'auteur déjà cité, déterminer par ce moyen la hauteur à laquelle s'élève le liquide, en le fixant au point où la cavité thoracique cesse de rendre ce son obscur qui nous la fait regarder comme pleine.

Refoulement de Bichat. Le célèbre *Bichat* avait conseillé de recourir dans les cas douteux à cette espèce de preuve, c'est en refoulant les viscères abdominaux ; on l'exécute en pressant, de bas en haut et de devant en arrière, la région hypochondriaque.

Résultat. Le résultat de cette opération est de rendre manifeste la présence d'un liquide épanché, brusquement refoulé entre les poumons, ce qui produit de suite un sentiment subit de suffocation, un accès de toux et la coloration du visage; mais ce moyen n'a pas encore obtenu la sanction de la pratique.

Laënnec a effacé tous les doutes à ce sujet, par l'invention d'un instrument appelé *stéthoscope.*

Manière de se servir du pectoriloque. Pour se servir du pectoriloque, on doit le tenir comme une plume à écrire, en plaçant la main très-près de la poitrine du malade, afin d'empêcher qu'il n'éprouve du déplacement de dessus où on l'applique. L'extrémité du cylindre qui doit être maintenue sur la poitrine est celle où est vissé l'embout ou obturateur : elle doit être un peu concave en dehors, parce que la peau, en remplissant cette cavité, ôte le vide, et empêche que l'instrument ne se déplace. L'autre extrémité doit être placée à l'oreille

droite ou gauche du médecin, qui doit faire un silence absolu, et n'exécuter aucun geste, autrement il n'entendrait pas les mouvemens et les différens sons qui ont lieu dans les cavités pectorales. On fait tourner la tête du malade qu'on explore, ce qui a le double avantage de ne pas respirer son haleine, et de ne pas entendre le bruit de son soufle ; pour atteindre encore ce dernier but, le médecin place le doigt dans celle de ses oreilles qui n'est point appliquée sur le cylindre. Le cylindre sans embout est celui dont on se sert pour étudier les phénomènes de la respiration.

Signes tirés de l'état sain, obtenus par le moyen du stéthoscope. Le pectoriloque appliqué sur le thorax d'un homme sain, on entend, pendant l'inspiration et l'expiration, un murmure léger, mais extrêmement distinct, qui indique la pénétration de l'air dans le tissu pulmonaire et son expulsion. Ce bruit est comparable, dit l'auteur, à celui que fait entendre, à l'oreille nue, un homme qui dort profondément mais paisiblement, et qui fait de temps en temps une grande inspiration.

Signes appréciables de l'hydrothorax par le moyen du cylindre. La diminution ou l'absence du bruit de la respiration, et l'apparition et la disparition de l'égophonie indiquent l'existence d'un épanchement pleurétique et son abondance. L'absence de la respiration est presque toujours totale lorsque l'épanchement est considérable ; on entend seulement un peu de murmure le long de la colonne vertébrale : elle est subite, non précédée du râle crépitant, égale, uniforme et complète, ce qui la distingue de l'absence de la respiration qui accompagne la pneumonite.

Ce qu'on entend par égophonie. L'égophonie ou la résonnance de la voix sous le cylindre, qui est saccadée comme celle de la chèvre, et participe du timbre de la voix de cet animal ; l'égophonie, disons-nous, paraît à l'époque où l'épanchement commence à devenir peu

notable, le son à être mat, et la respiration moins sensible dans le côté affecté; elle disparaît quand l'épanchement devient très-abondant; elle peut persister pendant plusieurs mois, quand l'épanchement reste long-temps au même point; elle paraît de nouveau quand elle commence à diminuer, et elle paraît entièrement et pour toujours lorsqu'il est réduit à peu de chose (1).

Le jeune médecin, en considérant l'égophonie par le moyen du pectoriloque, se demande naturellement quelle est la cause qui la produit, et de quelle manière le phénomène s'exécute physiologiquement.

Voici ce qu'en dit M. Laënnec, *et voici comment il explique ce phénomène.* L'auteur pense que l'égophonie est due à la résonnance naturelle de la voix dans les rameaux bronchiques, transmise par l'intermède d'une couche mince et tremblotante de liquide épanché et devenue plus sensible à raison de la compression du tissu pulmonaire, qui le rend plus dense que dans l'état ordinaire, et par conséquent plus propre à transmettre les sons. Beaucoup de faits et de raisons viennent à l'appui de cette opinion. Il me semble, en effet (dit *Laënnec*), tout à fait certain que, pour que l'égophonie ait lieu, il faut que le poumon ne soit enveloppé que d'une couche assez mince de liquide; cela paraît d'autant plus probable que la respiration s'entend toujours assez bien dans les points où l'égophonie a lieu, qu'elle ne s'entend que très-faiblement au-dessous.

Il est, au reste, assez difficile de déterminer d'une manière exacte le rapport d'un rameau bronchique avec un point donné de la poitrine sur lequel on aura entendu l'égophonie; ce qui rend cette recherche encore plus difficile, c'est que la plupart de ceux qui présentent ce phénomène guérissent. Dans le petit nombre de ceux qui meurent, plusieurs ne succombent que parce que l'épanchement est devenu très-abondant; et le phénomène ayant disparu chez eux, long-

(1) *Laënnec*, tom, 1er, p. 138 et suiv., 153, 154.

temps avant la mort, on peut être assuré d'avance que l'état des parties n'est plus le même que lorsqu'il existait. Le nombre des malades, par l'ouverture desquels on pourra obtenir des lumières sur la cause de l'égophonie, se réduit donc aux sujets qui sont enlevés par une affection concomitante dans le même temps où ils présentent encore ce phénomène; mais il est encore heureusement fort rare de rencontrer des cas semblables dans la pratique.

Prognostic de la pleurésie simple.

La pleurésie est d'autant plus dangereuse que les symptômes en sont plus violens dans un sujet robuste et à la fleur de l'âge; ils varient nécessairement suivant l'âge, le sexe, le tempérament du malade, suivant une infinité de circonstances où il s'est trouvé antérieurement, et où il se trouve encore dans le moment actuel.

En général, tout le danger de la pleurésie repose en entier sur l'état de la respiration, état qui, lui-même, dépend de l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation.

Les complications, les différentes terminaisons, qui sont elles-mêmes plus ou moins dangereuses; les tempéramens sanguins, chez qui les inflammations sont plus vives.

Les personnes affaiblies par quelques maladies antérieures, par les excès, et surtout par les liqueurs spiritueuses, ou qui ont déjà éprouvé la pleurésie, celles qui sont disposées à la phthysie, etc.

Pour que la maladie se termine bien, la fièvre doit d'abord cesser, puis la douleur. Si la douleur cesse et que la fièvre persiste avec les autres symptômes, le malade est dans le plus grand danger.

La persistance de la douleur dans le même endroit, celle de la fièvre et de la toux au-delà du onzième jour, annonce un état très-fâcheux; mais quand elle se déplace pour se porter tantôt au dos, à l'épaule, en un mot, qu'elle n'est point fixe, c'est toujours d'un bon augure.

Par rapport aux sécrétions et excrétions, on a dit que toutes les

fois qu'avant le quatrième jour l'urine est abondante, déposant un sédiment blanc, cela est favorable ; on a remarqué, au contraire, que la diarrhée qui se manifeste au commencement de la maladie est très-dangereuse.

Triller dit que « les pleurétiques qui, du premier au cinquième jour, éprouvent un écoulement rouge et vermeil par les narines, se guérissent, pour l'ordinaire, par les seules forces de la nature, lors même que l'on aurait négligé de pratiquer la saignée; il en est de même des hémorrhoïdes, des règles supprimées, qui, venant à fluer copieusement, terminent la maladie, et sont un gage de salut. »

Prognostic de l'épanchement. Les épanchemens sanguins dans la cavité thoracique sont très-dangereux, le plus souvent mortels après la pleurésie.

Une terminaison très-promptement fâcheuse est celle qu'amène une phlegmasie aigue du poumon ou de la plèvre ; dans les cas où cette collection se forme subitement, à la fin des autres hydropisies, la mort la termine promptement (1).

Traitement de la pleurésie simple.

Le traitement de la pleurésie était autrefois, et est encore de nos jours, l'esclave de tant d'opinions et de préjugés différens, que mes faibles moyens ne me permettent point de prononcer là-dessus ; je vais, à ce titre, imiter celui qui m'a frayé la carrière que je dois suivre, et qui, dans sa pratique, ennemi de toute méthode exclusive, a su les modifier toutes, et obtenir de ce travail, dans le plus grand nombre des cas, des résultats les plus avantageux.

Règles qu'on doit suivre dans le traitement de la pleurésie simple. On est généralement convenu que toutes les fois que la pleurésie est in-

(1) Dictionnaire des sciences médicales, art. *Hydrothorax*, p. 497.

tense, la nature peut se suffire à elle-même, que l'on doit seulement éviter tout ce qui pourrait apporter quelque obstacle à sa marche ; et qu'une légère diète, l'usage des boissons délayantes et adoucissantes, suffisent pour en procurer la guérison; mais lorsque l'inflammation est développée, et si les symptômes sont intenses, on parvient à les diminuer par les évacuations sanguines ; ce sont les premiers moyens sur lesquels doit se porter l'attention du médecin, parce que ce sont les plus utiles.

C'est ici le cas de savoir si nous devons adopter, comme le font certains praticiens, dans le plus grand nombre des cas, la saignée locale, ou bien nous borner exclusivement à l'émission sanguine par le moyen de la lancette.

Nous allons là-dessus émettre notre opinion, et faire connaître la marche que nous adoptons dans la plupart des cas.

Nous tombons généralement d'accord avec tous les médecins, et notamment avec M. *Pinel*, sur l'emploi des saignées locales, lorsque le sujet, au lieu d'être fort, robuste, est affaibli par des maladies antérieures, qu'il est plus âgé, et que la maladie se déclare chez lui avec des symptômes analogues à son état de faiblesse ; nous emploierons le même moyen toutes les fois qu'à cet état ne viendra pas se joindre une réaction générale, caractérisée par l'intensité de la douleur, de la fièvre, etc. Mais si, au contraire, la pleurésie était violente, qu'elle affectât un homme robuste et exercé, un corps sec, sans signes de résolution ou d'excrétion critiques, il faut alors promptement apaiser l'inflammation par les saignées générales, plus ou moins copieuses et réitérées, faites au bras.

Les médecins ont long-temps discuté pour savoir à quel bras on devait faire la saignée ; cette grande question a été résolue, et l'on sait parfaitement aujourd'hui qu'il importe fort peu de quelle veine on tire le sang, puisque dans les deux cas on remplit l'indication en opérant une déplétion générale du système sanguin.

Je ne chercherai pas à déterminer la quantité de sang que l'on doit évacuer : il faut se baser sur l'intensité des phénomènes morbides et sur l'état du pouls.

Querin dit de saigner jusqu'à défaillance ; *Sydenham* ne veut pas qu'on tire moins de quarante onces de sang à un pleurétique, et beaucoup d'autres médecins poussent encore ce moyen à l'excès.

L'enfance et la vieillesse n'excluent point, comme nous l'avons déjà dit, la saignée générale ; mais, je le répète (en des termes plus justes), il ne faut y recourir qu'avec beaucoup de réserve, et ne mettre ce moyen en usage chez eux que dans des cas très-urgens.

Le malade doit observer la diète la plus rigoureuse pendant que la maladie est dans sa vigueur et sa force. On ne doit lui permettre alors qu'une légère boisson adoucissante, tel que le bouillon coupé ou l'eau de veau, en y ajoutant quelquefois dix grains de nitrate de potasse par litre.

On évitera tout ce qui peut échauffer et augmenter l'impétuosité du sang, comme les matelas et les couvertures de laine, qui entretiennent la chaleur du lit ; la température de l'air, les alimens échauffans.

On peut faire consister les médicamens en une simple infusion de violette, de bouillon blanc, de bourrache, qu'on éculcore avec le miel ou le sirop de gomme.

Si la toux cependant était incommode, on pourrait recourir aux potions huileuses, et au kermès minéral à la dose de deux grains dans un look.

L'opium, qu'*Huxam* conseillait d'incorporer dans certaines potions, dans les cas de douleur très-vive, d'agitations extrêmes, est souvent nuisible. L'effet qu'il produit d'ordinaire dans les inflammations aiguës, dit le professeur *Pinel*, est loin d'être certain.

Quelquefois les moyens rationnels indiqués ne suffisent pas pour arrêter les progrès de la pleurésie ; les symptômes persistent, et surtout la douleur : c'est alors que les vésicatoires sont nécessaires.

Ils doivent être employés dans ce cas, et on ne doit pas craindre de les multiplier ; on doit en entretenir la suppuration jusqu'à ce que les symptômes disparaissent. On est tellement d'accord sur leur emploi, que quelques praticiens, ne trouvant pas dans leur action une

irritation assez marquée, n'ont pas craint de recourir au séton, et même au moxa. Je ne me suis point désisté moi-même, après l'emploi des saignées, tant générales que locales, des sinapismes et un vésicatoire d'un petit diamètre, d'en appliquer, sur ce dernier un autre trois fois plus volumineux, et celui-ci produire un amendement notable et la guérison d'une pleurésie qui avait mené jusqu'au bord de la tombe la plus chérie des sœurs. On seconde les effets des vésicatoires par le régime émollient ou légèrement résolutif, comme les boissons avec l'oxymel, le nitre, et on tâche d'éviter toute sorte d'échauffans. On s'est servi quelquefois, et avec avantage, de la méthode contre-stimulante du médecin italien dans le cas de pleurésie chronique.

Nous n'avons rien à opposer d'une manière directe à la pleurésie lorsqu'elle se termine par adhérence. *Stoll* dit que ce mal ne cède à aucun remède, ou seulement à un genre de vie dur, au grand air, à la campagne, à l'exercice du cheval pris fortement et très-répété.

Si l'inflammation se termine par épanchement (seule complication à laquelle nous nous soyions attaché), quoique le malade soit en danger de mort, on ne doit point se désister pour le traitement. On donne alors les amers, les diurétiques, les toniques, etc.

Quelques auteurs recommandent de ne pas perdre un temps précieux dans l'administration de ces médicamens internes, quoique si souvent inefficaces dans ce cas, et de se hâter de donner issue à la matière épanchée, en faisant une ouverture à la partie la plus déclive du thorax. C'est de la promptitude de ce secours qu'on doit attendre le plus ordinairement du succès, surtout si le sujet est jeune, s'il n'est point affaibli par la maladie, et surtout si l'épanchement est récent.

Mais, au contraire, cette opération sera contr'indiquée si la maladie est très-ancienne, si le malade est plus ou moins affaibli et avancé en âge.

Lorsque l'opération est jugée convenable, on la pratique de la manière suivante. L'appareil en est des plus simple, nous allons le décrire avant.

On doit se munir d'un bistouri droit ordinaire, et d'un autre bou-

tonné, qui peut devenir utile; on prépare une bandelette de linge fin, effilée sur ces bords, longue d'environ quinze à dix-huit pouces, une compresse large et fénêtrée, ou criblée de plusieurs petits trous : quelques compresses quadrilatères pliées en plusieurs doubles, un bandage de corps auquel on fixe, sur la partie moyenne d'un de ses grands bords, le bandage qu'on nomme *scapulaire*, et enfin une certaine quantité de charpie disposée en boulettes et en plumasseaux. A ces objets on doit joindre encore une seringue à injection et une petite canule de poitrine, qui peut servir dans la suite du traitement, et un grand vase pour recevoir le liquide.

Toutes ces précautions prises, le malade doit être assis sur le côté de son lit qui correspond à la maladie, le corps incliné du côté opposé, afin d'aggrandir l'espace intercostal et de tendre les parties molles, et par cela même favoriser leur section. Le chirurgien, armé d'un bistouri convexe sur son tranchant le porte sur l'intervalle qui sépare la huitième de la neuvième côte, s'il opère du côté gauche; et sur celui qui sépare la septième de la huitième, s'il opère du côté droit, afin d'éviter de blesser le diaphragme, qui s'élève plus haut du côté qui correspond au foie.

On trouve le désaccord le plus grand entre les auteurs les plus estimables. *Sabattier*, MM. *Pelletan* et *Richerand*, veulent que ce soit à droite entre la quatrième et cinquième côte abdominale, et à gauche entre la quatrième et la troisième qu'on pratique l'opération. *Chopard*, *Desault* et M. *Boyer*, suivent la même méthode de compter, et conseille d'opérer dans un intervalle intercostal plus bas, c'est-à-dire, entre la deuxième et la troisième du côté gauche. Sans blâmer aucune de leur méthode, je dois me baser toujours, en pratiquant cette opération, à faire l'incision dans un lieu plus élevé à droite qu'on ne pourrait la faire à gauche, pour éviter de blesser dangereusement le malade, au lieu de parvenir à la plus complète guérison.

L'intervalle intercostal étant déterminé, on donne le premier coup de bistouri sur la portion la plus arquée des côtes, afin que le malade étant couché sur ce côté (position qui lui est la plus naturelle), la

matière contenue dans la poitrine puisse s'épancher facilement au dehors. L'incision doit, autant que possible, raser le bord supérieur de la côte inférieure, afin d'éviter l'artère intercostale, laquelle, arrivée vers le milieu de l'espace intercostal, abandonne le bord inférieur de la côte supérieure pour descendre dans l'épaisseur des muscles.

Cela fait, l'opérateur porte le doigt indicateur dans l'incision, et lorsqu'il sent qu'il est parvenu aux muscles intercostaux, il prend le bistouri comme pour couper de dedans en dehors et devant soi, et plonge avec prudence sa pointe dans la poitrine. Il aggrandit ensuite l'ouverture, en ayant soin de placer l'indicateur derrière le bistouri; la pulpe du doigt, qui doit dépasser sa pointe dans la poitrine, préserve le poumon de son action; on pourrait, pour plus de prudence, se servir, dans cette circonstance, du bistouri boutonné que nous avons désigné pour terminer la section des muscles intercostaux et de la plèvre. L'incision doit avoir d'un pouce et demi à deux pouces de longueur. On fait coucher le malade sur le côté affecté pour favoriser l'issue du fluide, et on panse la plaie d'une manière convenable, c'est-à-dire on introduit la mêche de toile, déjà préparée, dans la plaie, et on applique par-dessus de la charpie et des compresses, soutenues par un bandage de corps.

C'est ici le cas de savoir si nous devons en une seule fois évacuer complètement le liquide immédiatement après l'incision, ou si nous devons ne remplir ce but qu'à plusieurs reprises successives.

Morand dit, qu'avant de recourir à l'empième, il avait successivement fait deux ponctions sur un malade qu'il avait guéri, afin de ne tirer qu'en plusieurs fois la totalité du liquide. Il pense que s'il avait fait sortir toute la collection, le poumon n'ayant pas été promptement dilaté pour remplir la poitrine, l'air serait entré par la plaie et aurait nuit au malade. Cette opinion a été adoptée pendant bien des années, mais elle a été rejetée ou au moins modifiée depuis, et les médecins qui sont venus après lui ont admis, en thèse générale, que l'on devait faire sortir toute la matière contenue toute les fois que l'épan-

chement est récent, comme cela arrive à la suite de la pleurésie, et surtout après les plaies de poitrine compliquées d'effusion de sang ou d'air, et de n'évacuer qu'à plusieurs reprises dans les cas de chronicité de l'épanchement, en ayant soin, toutefois cependant, de prévenir, autant que possible, l'introduction de l'air dans la cavité du thorax.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ex peripneumoniis suppurationibus seniores magis pereunt ; et reliquis, seniores.

II.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant.

III.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.

V.

Suppurasis pulmonem per alvum pus secedere, lethale est.